

THESIS

WÜRZBURG

1965

Aus der Universitäts- Hautklinik Würzburg

(Direktor: Prof. Dr. H. Röckl)

Die Psoriasis in psychosomatischer

Sicht

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR DRIVE
PALO ALTO, CALIF.

INAUGURAL-DISSERTATION

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Magdalena Gregori

aus Gelsenkirchen

Würzburg 1965

Aus der Universitäts- Hautklinik Würzburg

(Direktor: Prof. Dr. H. Röckl)

Die Psoriasis in psychosomatischer
Sicht

INAUGURAL-DISSERTATION

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Magdalena Gregori

aus Gelsenkirchen

Würzburg 1965

Referent: Privatdozent Dr. G. Klingmüller

Korreferent: Prof. Dr. H. Röckl

Tag der Promotion:

9. 3. 66

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität Würzburg

Meinen Eltern
in Dankbarkeit

Inhaltsverzeichnis

A. EINLEITUNG

1. Kurze Beschreibung des Krankheitsbildes der Psoriasis
2. Ätiologie und Pathogenese
3. Psyche und Hautkrankheiten
4. Der Zusammenhang zwischen psychischen Faktoren und Psoriasis in der Literatur

B. EIGENE UNTERSUCHUNGEN

1. Persönlichkeitstypen
2. Konfliktsituationen
3. Psychische Traumata
4. Schlußfolgerungen

C. ZUSAMMENFASSUNG

Literaturverzeichnis

Einleitung

Der unmittelbare Anlaß zur Bearbeitung des Themas im Rahmen einer Dissertation war dadurch gegeben, daß die Universitäts-Hautklinik in Würzburg um eine gutachtliche Stellungnahme ersucht wurde zur Frage entweder des ursächlichen Zusammenhangs einer Psoriasis vulgaris mit der erlittenen Verfolgung oder einer wesentlichen Mitverursachung, bzw. Entwicklung und richtungsgebenden Verschlimmerung der Hautkrankheit.

Im vorliegenden Fall handelte es sich um eine 52-jährige Israelitin, die seit ihrem 22. Lebensjahr an der Schuppenflechte leidet. Sie selbst führte die Entstehung dieser Krankheit auf seelische Erschütterungen zurück, die sie durch die Beschlagnahme des elterlichen Vermögens, durch Vertreibung und andere Verfolgungsmaßnahmen erlitten habe.

Kurze Beschreibung des Krankheitsbildes der Psoriasis

Das Krankheitsbild der Schuppenflechte ist als Krankheitseinheit genügend beschrieben und weitgehend bekannt, was auch aus der schnellen und leichten Deutung der Hautveränderungen durch fachlich geschulte Ärzte abgelesen werden kann.

Es erscheint angebracht, aus der Beschreibung des Krankheitsbildes einige Punkte herauszugreifen, die für die späteren Fragen von Bedeutung sein können. Wir beziehen uns hier bewußt auf die jetzt vorliegenden dermatologischen Lehrbücher, die allgemein internationalen Ruf genießen.

Zunächst sei darauf hingewiesen, daß es sich bei der Schuppenflechte um eine der häufigsten Hautkrankheiten handelt, die nach umfassenden statistischen Angaben etwa zu 3 Prozent in der Bevölkerung auftritt (Weber). Zuletzt hat Wiener in seinem Buch über Skin Diseases darauf hingewiesen, daß in Zentraleuropa prozentuale Angaben von 2 - 15 Prozent in der Gesamtbevölkerung existieren. Keining und Braun-Falco haben neuerdings wieder die Theorie von Brocq aufgegriffen, nach der der Psoriasiskranke wechselnden Phasen eines Eruptionsdruckes unterliegt, d. h. ein Psoriasiskranker, dessen Krankheit offenbar endogen fixiert ist, kann sich bezüglich der Disposition zu psoriatischen Eruptionen in Ruhe oder in einer gewissen Aktivität befinden. Das Eruptionstempo kann wechseln. Unter dieser Vorstellung wäre zu verstehen, daß die Krankheit sich erst im Alter manifestiert oder nach Ausbruch in der Jugend

später kaum wieder auftritt. Sollte zusätzlich ein ursächlich anderer 'Stoß ins System' (vorerst sollen aus der praktischen Erfahrung heraus hier nur organisch faßbare Störungen wie eine akute Angina oder etwas Ähnliches verstanden sein) dann eintreffen, wenn der Eruptionsdruck sehr stark ist, so führt auch das zum Ausbruch der Krankheit.

Die Psoriasis ist also provozierbar durch äußere Reize, die im einzelnen (z. B. nach einer geringen Verbrennung) im Läsions- oder Traumabereich zu typischen Hautveränderungen führen. Das nennt man nach Köbner den isomorphen Reizeffekt. Es sei aber gleich darauf hingewiesen, hierin vorerst nur ein rein exogenen chemischen oder physikalischen Einfluß zu sehen.

Die Psoriasis ist in diesem Sinne als eine reizbare Dermotose (etwa wie das Ekzem) aufzufassen. Zwar ist sie nicht jederzeit reizbar, aber doch in Phasen erhöhten Eruptionsdruckes.

Ätiologie und Pathogenese.

In der Vergangenheit sind zur Ätiologie und Pathogenese der Psoriasis, im wesentlichen bedingt durch die verschiedenen befruchtenden Forschungsrichtungen, mehr oder weniger einseitige theoretische Vorstellungen entwickelt worden, die mit ihren praktischen Folgerungen zweifellos ihren Wert haben. In hoher Anerkennung der Verdienste von Grütz mag unter vielen Theorien diejenige, die in der Schuppenflechte eine Stoffwechselkrankheit erblickt, hervorgehoben werden. Grütz war es, der damit 1936 auf die wichtigen Fragen nach Stoff-

wechselstörungen hingewiesen hat, und zweifellos spielen noch heute diese Vorstellungen, besonders im Hinblick auf die Folgerung eine bedeutende Rolle. Denn je nach der körperlichen Ausgangslage mit ihren konstitutionellen Faktoren empfiehlt es sich für die Kranken, eine fettarme Kost einzuhalten, Alkohol und andere toxische die Leber angreifende Produkte zu meiden und eventuell vorhandene Leber- und Gallenstörungen behandeln zu lassen.

Auch dürfte das häufige Auftreten von Kohlenhydratstoffwechselstörungen im Sinne einer Praediabetes oder ausgeprägten Diabetes mellitus neben Fettsucht bei Psoriatikern nicht etwa als zufällige Erscheinung angesehen werden.

In einer Anfrage im "Landarzt" (1960) hat Klingmüller in ähnlicher Weise Stellung genommen. Die Anfrage lautete:

"Gibt es nach dem heutigen Stande der Wissenschaft eine auf die Ursache der Psoriasis abgestellte wirksame Therapie ?".

Diese Frage muß heute noch leider mit nein beantwortet werden. Denn erstens ist ihre Ursache - die Ätiologie - trotz vieler Bemühungen noch weitgehend verdunkelt, und zweitens hat man bislang aufgrund von Erfahrungen - also ex juvantibus - keine allgemein gültig wirksame Therapie gefunden.

Bezeichnend für die Schwierigkeiten sind die häufig unbefriedigend bleibenden Diskussionen auf Kongressen, wie etwa auf der sog. 'Psoriasis-Konferenz' vor der New York Academy of Sciences am 9. Mai 1958 (Ref. im "Hautarzt", X, 1959, S. 141-143). Auf dieser Tagung wurde der Wissensstand über die Krankheit von den verschiedenen Seiten beleuchtet, womit

eine gewisse Grundlage für zukünftige Forschungen gewonnen wurde. Im groben und ganzen bleiben die biochemischen Untersuchungen nur einzelne Tatsachen, die noch keine einheitliche Synthese, selbst der Pathogenese, zulassen."

So bleibt als wesentlich allgemein anerkannte klinische Erkenntnis nach Hoede, die Schuppenflechte als ein sehr wahrscheinlich unregelmäßig dominantes Erbkleiden aufzufassen, der ein schubartiger Charakter mit Remissionen eigen ist. Hoede fand, daß unter 539 Psoriasisfällen 39 familiär waren. Das Verhältnis der kranken zu den gesunden Kindern beträgt nach seiner Feststellung bei Erkrankung eines Elternteils 1 : 8, bei Erkrankung beider Elternteile kamen auf 9 Kinder 5 kranke.

Zur Pathogenese der Krankheit hatte auch 1952 ausführlich Gans Stellung genommen. Hervorzuheben sei daraus, daß Hungern und Überfütterung (jedoch nicht Überfettung) offensichtlich keinen wesentlichen Einfluß auf die Krankheit haben. So ist auch über solche Zusammenhänge nach den beiden letzten Kriegen nichts bekannt geworden. Wir haben diesbezüglich selbst keinerlei Beobachtungen, etwa bei Russlandheimkehrern, machen können.

Auch Schulze brachte 1956 eine Übersicht über die Ätiologie und Pathogenese, die sich auf die Erbllichkeit, Infektion (was gleichfalls von allen vorgenannten Autoren erwähnt oder besprochen wurde), Lipoidosis, Störung des oxydativen Metabolismus der Epidermiszelle, Nebennierenrindeninsuffizienz und eine Labilität im Steuerungsmechanismus Diencephalon-ACTH-Nebennierenrinde beziehen. Eine gültige Aussage wurde -

wie er sagt - bisher nicht gefunden. Und es trifft wohl zu, die allgemeinen hypothetischen, sehr anregenden Forschungen von Selye in ihrer speziellen Betrachtungsweise für die Schuppenflechte als zu formal, eher kritisch zu werten.

Psyche und Hautkrankheiten.

Die Frage, ob psychische Faktoren die Ursache von körperlichen Krankheiten sein können und die nach der Entwicklung psychosomatischer Krankheiten sind in der Literatur Gegenstand umfangreicher und oft sich widersprechender Erörterungen geworden. Daß Haut oder umgreifender gesagt Körper und Seele eine wirkliche Einheit bilden, die wir als Zweitheit erfahren, macht die Klärung dieser Fragen so schwierig. Sack ist der Auffassung, daß es vielleicht die schwerste Aufgabe für die Mediziner sei, die Zweitheit der Erfahrungswelt in der faktischen Einheit des menschlichen Individuums erfahren zu lernen.

Im folgenden wird nun zunächst die Frage nach Psyche, Soma und ihren Beziehungen zueinander von verschiedenen Richtungen aus gesehen. Zunächst sei dieser Fragenkomplex vom Aspekt der naturwissenschaftlichen Gesetzmäßigkeit aus gesehen. Gent sagt dazu: "Bei den körperlichen Vorgängen handelt es sich um Prozesse, die in den Formen des Raumes und der Zeit vorgefunden werden und echt kausalen Gesetzmäßigkeiten gehorchen. Den seelischen Vorgängen hingegen ist eine Zeitform zugeordnet; sie fließen in ihr unaufhaltsam dahin. Das Psychische hat keine räumlichen Teile. Es ist stetz Prozeß und verläuft rein zeitlich. Was man Seele nennt, dem ist keine Anschauung zugeordnet.

Es bleibt Begriff und Hypothese, kann bestimmt werden lediglich als ein zusammenfassender Ausdruck für sämtliche seelischen Vorgänge des Individuums. Es läßt sich zeigen, daß ein seelischer Vorgang aus einem anderen mit Notwendigkeit hervorgeht (Zugkausalität - Scheller) und nicht etwa zeitlich auf ihn folgt. Die Psychologie lehrt als Modifikation des allgemeinen Gesetzes der Kausalität gewisse psychologische Grundgesetze, indem sie von Beziehungs- und Entwicklungsgesetzen spricht. Zu jenen gehören die Gesetze der psychischen Resultanten, Relationen und Kontraste, zu diesem das Gesetz des geistigen Wachstums, der Heterogonie der Zwecke und die Entwicklung in Gegensätze."

Zu der Frage nach der Wechselwirkung 'Psyche und Soma' meint Gent, daß diese nicht existent sei. Zur Begründung wird ausgeführt: 1. Das Gesetz von der Erhaltung der Energie. Gent sagt: "Die Lehre von der Wechselwirkung zwischen körperlichen und seelischen Vorgängen mit dem Gesetz von der Erhaltung der Energie bedingt ein radikaler Determinismus." 2. Das Gesetz von der geschlossenen Naturkausalität. Hierzu Gent: "Die Lehre von der geschlossenen Naturkausalität sagt, daß materielle, d. h. raumzeitliche Vorgänge, immer nur durch gleichartige verursacht werden können. Sind also seelische Prozesse gegenüber den materiellen verschieden, so können sie in dem Bereich der geschlossenen Naturkausalität nicht untergebracht werden als wirksame Faktoren."

Bei der Berücksichtigung philosophischer Betrachtungsweise zu dieser Problematik seien folgende Bemerkungen Jaspers' zitiert:

"Will man die Zuordnung von Seelischem und Leiblichem im ganzen und im Prinzip begreifen, so gerät man in metaphysische Gedanken, und zwar derart, daß jeder mögliche Gedanke zu Absurditäten führt. Ob dualistisch, im Parallelismus des Physischen und Psychischen, oder in Wechselwirkung, ob monistisch in materialistischer (das Seelische nur ein beiläufiges Epiphänomen oder eine Eigenschaft des Leibes) oder in spiritualistischer Weise (das Leibliche nur Erscheinung einer allein wirklichen Seelensubstanz), mit jedem dieser Gedanken kommt man auf unmögliche Konsequenzen. Für die empirische Forschung gilt, soweit Seele und Leib getrennt werden, zumeist die Kategorie der Wechselwirkung beider - die Seele wirkt auf den Leib, der Leib wirkt auf die Seele - ohne daß damit etwas Absolutes oder prinzipiell Gültiges ausgesagt wird."

Um nun den K l i n i k e r aus seiner Erfahrung sprechen zu lassen, seien folgende Worte von Sack wiedergegeben: "Die dem vegetativen System unterworfenen funktionellen Vorgänge des Körpers können jederzeit durch Einschaltung des psychisch-affektiven Faktors in das vegetative System aufgelöst und modifiziert werden. Da die Haut wie alles lebendige Wesen in Funktion und Reaktion diesem vegetativen System in allen Schaltweisen unterworfen ist, so sind also zwangsläufig alle Funktionen und Reaktionen der Haut psychisch einflußbar."

Oder an anderer Stelle: "Es ist weiterhin offensichtlich, daß die affektiven (psychischen) Energien in der engsten reziproken Verbindung stehen, sowohl mit dem autonomen Nerven-

system wie auch mit dem Hormonalkreis. Wir dürfen getrost die affektive Sphäre als weiteren Partner in das vegetative System einschalten und haben damit ein geschlossenes Ganzes, das uns den Mechanismus der psycho-physischen Schaltung in einzigartig instruktiver Evidenz vor Augen führt."

Vogel schreibt auf Gents oben erwähnten Ausführungen: "Denn daß körperliche und seelische Vorgänge eng miteinander verknüpft sind und Wirkungen herüber und hinüber gehen, ist nicht Sache philosophisch mehr oder weniger inkorrekt deduktion, sondern Gegenstand breitesten Erfahrung." Er erinnert an das Erröten bei Scham, Herzsensationen und Diarrhoen bei Angst.

Stellen wir nun psychogenetische Erscheinungen der Haut wie Erröten, Bläßwerden, Schweißausbruch usw. nicht in Zweifel, so könnte man pathologische Hautveränderungen als eine Steigerung solcher, hervorgerufen durch psychische Dauereinwirkung auf die Haut, sehen. So z. B. Erröten, verstärkter Dermographismus, Urticaria factitia, chronische Urticaria bzw. Quinckeödem oder Schwitzen, Hyperhidrosis, Dyshidrosis.

Doswald und Kreibich konnten schon im Jahre 1906 mit Hilfe von Hypnose ausgeübter Suggestion bei genügend empfindlichen Personen Hautveränderungen im Sinne von Blasenbildungen und Entzündungserscheinungen hervorrufen. Sack hält dies für einen auf dem Wege des Experiments einwandfrei erbrachten Nachweis der Möglichkeit der seelisch bedingten Entstehung dermatologischer Symptome.

Bis zu den vierziger Jahren dieses Jahrhunderts beschränkte

sich die Methodik, psychische Faktoren von Hautveränderungen zu finden, weitgehend auf die in der psychiatrischen Klinik üblichen Gespräche mit dem Patienten. In den vierziger Jahren und zu Beginn des folgenden Jahrzehnts konnten die ersten Versuche zum Aufbau eines Krankheitssystems sowie einer theoretischen Untermauerung und Ergänzung beobachtet werden. Rothman schrieb 1943 über die Bedeutung des autonomen Nervensystems bei Hautkrankheiten. Wolf, Wolff und Hare schrieben 1950 über den Zusammenhang zwischen Hauterscheinungen und Zuständen von akuten Gemütsstörungen, die sie auf experimentellem Wege unter kontrollierten Umständen hervorgerufen hatten.

Graham und Wolff wiesen auf experimentellem Weg einen Zusammenhang zwischen Gemütsstörungen und dem Ausbruch von Nesselausschlägen nach. Schulze fand bei derartig psychisch induzierten Reaktionen intensivere Ausschläge als bei Gaben von Pharmaca, z. B. bei Affekten höheren Temperaturanstieg als bei Priscogabe. Borelli und Geerts konnten eine mehrtätige Vasokonstriktion im Sinne eines weißen Dermographismus (bei Neurodermitis disseminata) erzeugen.

Bei dem Versuch, allgemeine Grundzüge der Entwicklung psychosomatischer Krankheiten aufzudecken, fand die Persönlichkeitstheorie, d. h. daß die Gesamtpersönlichkeit des Patienten bei spezifischen Erkrankungen eine spezifische Rolle spielt, Eingang in die psychosomatische Dermatologie.

Nach der Meinung Wittkowers verkörpern bestimmte Hauttypen bestimmte Persönlichkeitstypen. Borelli sagt dazu: "Das kommt einer Anlehnung an Kretschmers Auffassung nahe", und weiter: "Hiermit würde auch die Ansicht Schaltenbrands über-

einstimmen, daß sich viele Gemeinsamkeiten zwischen Haut und Nervensystem, charakterologischen Eigentümlichkeiten und Reizbarkeit wie Erregbarkeit der Haut durch die Tatsache der gemeinsamen Entwicklung aus dem Ektoderm erklären lassen." Marchionini, Rost, Soetbeer, Mysliwiec, Borelli und Wittkower berichteten über Konstitutionstypen und Merkmale der Persönlichkeit der Patienten mit Neurodermitis disseminata. Andere Autoren führen bei dem Versuch, allgemeine Grundzüge aufzudecken, die Spezifität des Konfliktes bei der Entstehung der seelisch erzeugten oder mitbestimmenden Erkrankung der Haut ein. Nach Wittkower ist eine überraschende Uniformität im Bereiche fokaler Konflikte bei einer grossen Anzahl Kranker mit demselben Leiden festzustellen. Er glaubt, daß die Explosion oder auch nur das Schweben dieser Konflikte spezifische affektive Zustände hervorruft, die - soweit dies die Dermatosen betrifft - entsprechende spezifische Hautmechanismen in Gang bringen. In Bezug auf das Zustandekommen dermatologischer Hautveränderungen teilt Borelli die psychosomatischen Erkrankungen in zwei Gruppen ein, nämlich solche mit organischem Substrat und solche, bei denen das Geschehen auf die Psyche beschränkt geblieben ist. Zu der ersten Gruppe gehören die Erkrankungen mit dem Weg über die innere Sekretion, das vegetative Nervensystem, den Stress, die Vasomotoren und die Variation der Gefäßweite und Durchlässigkeit auf bedingte Reflexe. Bei der zweiten Gruppe handelt es sich um die Auswirkung psychisch-emotionell-affektiver Verhaltensweisen, wie Überwertung, Hypochondrien, Reizempfindlichkeit und -empfänglichkeit. Borelli ist der Ansicht,

daß für die Psychogenese, bzw. eine maßgebliche Unterhaltung der Erscheinungen durch psychische Faktoren, in erster Linie die Gefäßreaktion, die Gruppe der juckenden Dermatosen, die artefiziell verursachten Läsionen sowie die Phobien in Betracht kommen.

Wenn wir nun aufgrund der erwähnten Untersuchungen die Existenz psychosomatischer Dermatosen nicht bezweifeln können, so schließen wir auch für diese Krankheiten die heute allgemein anerkannte Vielfältigkeit der Ursachen bei der Entstehung und Entwicklung von Krankheiten nicht aus. Mirsky sagt: "Das Wort 'psychosomatisch' besagt nur, daß ein gewisser Erlebnis- und Erfahrungsfaktor eine zwar wesentliche, für das Entstehen der Krankheit jedoch nicht notwendigerweise hinreichende Bedingung ist." Nichtsdestoweniger soll man nur dann von psychosomatischen Erkrankungen sprechen, wenn als stichhaltiger Beweis eindeutige Brückensymptome vorhanden sind, die auch bei kritischer Durchsicht der Fälle nicht zu leugnen sind. im folgenden sei daher an Hand einer Krankengeschichte, die von Borelli in der "Münchener medizinischen Klinik" veröffentlicht wurde, das Vorhandensein eindeutiger Brückensymptome gezeigt.

Ein 29-jähriger Patient leidet seit 5 Jahren an chronischer Urticaria und war vielfach erfolglos behandelt worden. Eine Reihe von psychotherapeutischen Sitzungen und Explorationen erbrachte zunächst auch keine Besserung. Einzig auffällig erschien, daß der erste Urticaria-Ausbruch mit dem intimeren Kennenlernen der jetzigen Ehefrau des Patienten zeitlich zu-

sammenfiel, die damals gerade verreist war. Der weitgehende Versuch der ursächlichen Klärung auch in puncto Allergie erbrachte kein Ergebnis.

Bei einer der letzten Sitzungen kam der Patient unter langem Hin- und Herreden schließlich auf eine ihn schwer beschäftigende Schwierigkeit seines Ehelebens, nämlich eine im ehelichen Zusammenleben mit seiner Gattin seit jeher bestehende Ejaculatio praecox, die sich für beide Teile sehr störend auswirkte. Während des Berichtes machte der Patient einen hochgradig beunruhigten und gehemmten Eindruck. Zugleich mit dem Bekenntnis erfolgte ein exzessiver Quaddelschub (Testung und Exposition), der einige Stunden anhielt. Es wurde ärztlicherseits sowohl psychotherapeutisch wie organisch eine Ejaculatio praecox behandelt, was in diesem Falle relativ einfach war. Bereits nach der suggestiv vorgebrachten ärztlichen Versicherung, daß ihm auf diesem Gebiet zu helfen sei, trat eine zunehmende Beruhigung ein. Nach der Beseitigung der Ejaculatio praecox ist die Urticaria abgeklungen und seither nie wieder aufgetreten. (positiver Karenzversuch)

Daß jedoch als stichhaltiger Beweis für eine psychosomatische Dermatoase angegebene Brückensymptome bei kritischer Durchsicht der Fälle oft in ihrer Eigenschaft als Brückensymptome nicht haltbar sind, soll folgende Krankengeschichte, die von Sulzberger wiedergegeben wurde, zeigen:

Herr J. S., etwa 60 Jahre alt, hatte eine sehr schwere pustulöse Psoriasis der Hände, Herde von typischer Psoriasis an anderen Körperstellen - und eine Gattin, die er erst kürzlich

geheiratet hatte, nachdem er viele Jahre hindurch Witwer gewesen war. In der langen Zeit, während Herr S. mein Patient war, hatt ich ermittelt, daß er gegen Steinkohlenteer besonders empfindlich war. Seine Psoriasis wurde immer durch andere Mittel unterdrückt. Eines Tages traten jedoch plötzlich starkes Jucken, Schwellung und Bläschenbildung an Händen, Armen, im Gesicht und in der Genitalgegend sowie an anderen Körperstellen auf. Der Patient wie auch sein Hautarzt schilderten mir eingehend die außerordentlichen Spannungs- und Aufregungszustände, die Herr S. mit seiner jungen Frau durchmachen mußte; weiterhin, daß seine Hauterscheinungen sich bemerkenswert besserten, wenn er von seinem Heim und seiner Ehefrau getrennt war, sich aber sofort verschlimmerten, wenn er nach Hause zurückkehrte. Die zeitlichen Zusammenhänge waren unverkennbar. Aber einige Tage später kam ich durch ein zufälliges Gespräch mit einem Fachkollegen darauf, daß letzterer einige Wochen lang die Ehefrau meines Patienten mit einer steinkohlenteerhaltigen Salbe behandelt hatte; die mysteriösen, regelmäßigen Verschlechterungen des Ekzems bei Herrn S., die immer dann auftraten, wenn er mit seiner Frau zusammen war, wie auch die regelmäßigen Besserungen, wenn er seine Frau verließ, konnten somit völlig aufgeklärt werden, ohne daß die Psyche, sexuelle oder andersartige Erregungen, zur Begründung mit herangezogen werden mußten.

Der Zusammenhang zwischen psychischen Faktoren
und Psoriasis in der Literatur

Zunächst seien die Autoren genannt, die über parapsychische Beobachtungen bei der Psoriasis zum Verständnis der Wechselwirkung von Psyche und Soma schrieben.

Nicholsky hält die Psoriasis für eine sekretorisch-vasomotorische Neurose. Graham stellte bei Psoriatikern Besonderheiten der cutanen Gefäßreaktion unter psychischer Belastung fest. Szodoray excidierte bei 15 Patienten an eruptionsfreien Hautgebieten nach verschiedenen mechanischen Reizen Hautstücke, die er histologisch untersuchte. Er fand Acetylcholin in Psoriasisherden in erhöhter Menge, so daß die Gefäßdilata-tion bei Psoriasisherden als cholinergisch bedingt anzusehen ist. Buriez und Mitarb. sahen als häufigste Anomalie eine Zunahme des orthosympathischen Reflexes, der nicht nur erhöht, sondern auch variabel war. Bei 50 Patienten war der Solarreflex in 84 %, der oculo-cardiale Reflex bis zu 64 % der Fälle positiv. Der Maximatest in 32 % der Fälle war positiv. Syck kommt aufgrund seiner Untersuchungen zu dem Schluß, daß in der Entwicklung und im Verlauf des pathologischen Prozesses der Psoriasis nicht nur das periphere Nervensystem, sondern auch das cerebrale beteiligt sei.

Aguilera-Maruri beschreibt 5 Fälle, in denen Hautveränderungen von kongenitalen Abnormitäten begleitet waren. Das Studium dieser Fälle läßt nach seiner Meinung die Existenz eines eutrophen, möglicherweise hypothalamischen Zentrums, welches die

Harmonie im Organismus steuert, erkennen. Bonmati schreibt: "An Hand zahlreicher Beispiele aus der Literatur und eigener Beobachtung, die den Ausbruch von Psoriasissschüben im Anschluß an psychische Alterationen zeigen, wird dem Nervensystem eine maßgebliche Rolle zugesprochen. Unsere ständig wachsenden Erkenntnisse über den Einfluß cerebraler Zentren - insbesondere Diencephalon-Hypophyse - auf die Peripherie, den Gewebsstoffwechsel usw., werden der aus der klinischen Erfahrung gebildeten Theorie über eine psychische Ätiologie der Psoriasis eine festere Basis gegeben. Auch Charpy faßt die Psoriasis als eine Störung im System Diencephalon-Hypophyse-Nebennierenrinde (Adaptionskrankheit im Sinne Selyes) auf. Er hat auch die Bedeutung seelischer Faktoren als auslösendes Moment hervorgehoben.

Fabre und Mitarb. konnten sich davon überzeugen, daß die Psoriasis relativ oft auf emotioneller Grundlage entstehe. Das Elektronenencephalogramm ergab in annähernd 80 % der Fälle Veränderungen der subcorticalen Zentren, der subthalamischen Regionen, der Gegend des Infundibulums und Tuber cineriums. Keining, Braun-Falco sagen: "Die nervöse Theorie ist in sich zerfallen. Übrig geblieben ist immer nur die vererbte Disposition in einem Teil der Fälle." Ähnlich äußern sich folgende Fachleute: Grünberg, Burckhardt, Jordan, Schuermann, Porelli, weiterhin Weber und Wiener.

Psychische Faktoren bei der Psoriasis beschrieben haben: Becker und Obermeyer. Sie veröffentlichten 1947 eine Studie über Patienten, die wegen eines Hautleidens ein Krankenhaus

aufgesucht hatten. Nach dieser Statistik halten sie bei der Psoriasis eine psychische Einflußnahme für gesichert. Gracianski und Stern fanden bei Psoriatikern Frustration affektiver Bedürfnisse in der Kindheit, fehlenden Anschluß an die Familie im Erwachsenenalter, emotive Schocks vor Ausbruch der Erkrankung. Wittkower und Russel (1953) konnten bei Psoriatikern zwar keine spezifischen seelischen Konfliktsituationen oder besondere Persönlichkeitsprofile feststellen, fanden aber bei einem hohen Prozentsatz der beobachteten Fälle psychiatrische Symptome wie nervöse Angstlichkeit, Niedergeschlagenheit, neurotische Abwehrmechanismen, ausgesprochenes Agieren; weiter, zeitliches Zusammenfallen von Lebenssituationen, die durch Spannungen und Belastungen seelischer Art gekennzeichnet waren, mit dem Beginn oder mit dem Ausbruch von Verschlimmerungen der Krankheit. Romano (1952-1955) fand bei 14,4 % seiner untersuchten Patienten psychiatrische Symptome. Weiter fand er, daß bei 35 untersuchten Kranken in 45 % der Fälle emotionelle Faktoren dem Ausbruch der Psoriasis voraufgingen. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Laignel-Lavastine (1939) und Nandelli (1956). Sabatini wandte bei 32 Patienten den Rorschach-Test an. Bei fast allen bestanden neurotische Züge. Bei einer großen Gruppe wurden Anzeichen einer Labilität und Unreife des Gefühlslebens vermerkt.

Auf die umfangreichen Untersuchungen von Bolgert und Mitarb. sowie Huriez und Mitarb. sei im folgenden näher eingegangen. Bolgert und Mitarb. (1951-1955) führten systematische Untersuchungen bei 200 Psoriatikern durch. Die Technik beschränkte

sich dabei auf Befragungen der Patienten und auf Anwendung des Rorschach-Tests und des thematic apperception test von Murray. Bei 10 Patienten wurde zusätzlich eine Narcoanalyse durchgeführt. Bolger fand, daß mit Gewißheit bei 48 % der Kranken und mit Wahrscheinlichkeit bei 30,5 % emotionelle Faktoren beim Ausbruch der Psoriasis oder bei der Auslösung späterer Schübe zu verzeichnen waren. Weiter fand Bolger, daß es sich bei 52,5 % der Psoriatiker um Psychastheniker handelte, und 16 % von Natur aus überdurchschnittlich ängstliche Typen waren. Die einzelnen Ergebnisse des Rorschach-Tests wurden wie folgt verzeichnet: 46 % (gegenüber 10 % gesunder Testpersonen) zeigten ein übersteigertes Empfindlichkeitsgefühl, teilweise verbunden mit diffusem Angstgefühl und Skrupelhaftigkeit. Weiter fanden sich 27 % (gegenüber 6 % gesunder Testpersonen) ausgesprochen verweichelichte Typen, die nicht fähig waren, sich im Leben durchzusetzen. 45 % (gegenüber 17 % gesunder Testpersonen) zeigten sich als Sonderlinge und Typen mit Minderwertigkeitskomplexen. Die Testung nach Murray zeigte eine allgemeine Haltung von Kritik und Mißtrauen der Kranken. Aus den Resultaten seiner Untersuchungen schließt Bolger auf die psychogene Entstehung der Psoriasis. Im folgenden wird ein Auszug aus dem sorgfältigen Referat über seine Arbeiten von Gollnick wiedergegeben:

" Die individuelle Bereitschaft und die seelischen Konflikte, die bei vielen Patienten gefunden werden, bilden die ersten beiden Bedingungen, die notwendig

sind, um eine psychosomatische Affektion definieren zu können. Die dritte Voraussetzung, die einer spezifisch organischen Disposition ist immer noch hypothetisch, aber der Gedanke, daß es ein Bindeglied gibt in Form einer spezifischen Substanz zwischen den psychologischen Erscheinungen, die die seelische Bereitschaft bilden oder auf die Auslösung neuer Schübe einwirken, und den Hauterscheinungen, kann nach Ansicht der Verf. nicht negiert werden. Diese Substanz ist wahrscheinlich eine neurokrine Sekretion cerebralen Ursprungs mit humoraler Übertragung im Sinne Roussy und Mosinger.

Die Tatsache, daß die Psoriasis nicht bei allen den Patienten auftritt, die an psychischen Störungen leiden, muß nach der Richtung ausgewertet werden, daß diese Substanz nur von gewissen Personen produziert werden kann. Das Bestehen einer solchen Substanz könnte viele rätselhafte Tatsachen bei der Psoriasis erklären, z. B. das Auftreten der Dermatoze im Falle geringfügiger Konflikte, durch ihre permanente Sekretion oder die Konstanz mancher Psoriasisformen durch Sensibilisierung des Organismus. Eine starke Sensibilisierung dieser Substanz gegenüber könnte schon manchmal beim ersten Schub eine Erythrodermie hervorrufen, ohne daß ein therapeutischer Fehler vorzuliegen brauche, auch könnte diese Substanz in Kombination mit anderen Faktoren Ursprung der rheumatischen Form der Psoriasis

sein. Gewisse Symptome, wie häufiger Juckreiz und Brenngefühl sowie encephalographische Untersuchungen (41 Patienten) und die Art der Eruption nebst der oft als symbolischen Wert zu betrachtenden Lokalisation (Genitalgegend bei geschlechtlichen Sorgen, Hände und Unterarme bei psychischen Belastungen materieller oder beruflicher Art) deuten ebenfalls auf einen psychischen Ursprung hin. Mit Sicherheit glauben Verf. behaupten zu können, daß Schwangerschaft bessert oder ablassen läßt, wenn sie erwünscht ist, im anderen Falle aber häufig verschlimmert. Die Tatsache, daß jedes neue Heilmittel dem erprobenden Autor hervorragende therapeutische Erfolge zeitigte, der Nachprüfung durch andere Autoren jedoch fast regelmäßig nicht standhalte, sei eben auf den psychotherapeutischen Effekt zurückzuführen. Der psychogene Ursprung der Psoriasis lasse die Therapie pessimistisch beurteilen, da die seelische Bereitschaft, auf der die Dermatoze sich entwickelte, nicht geändert werden kann. Man kann jedoch durch gewissenhafte Psychotherapie mit einer sorgfältigen Analyse der Konflikte den Patienten dazu bringen, seine Probleme in befriedigender Weise zu lösen und so eine Heilung herbeizuführen. In vielen Fällen ist dies nicht vom Arzt oder Patienten, sondern von dritten Personen abhängig, die man durch Rücksprache, z. B. mit der Ehefrau oder Verwandten veranlaßt, ihre Einstellung dem Kranken gegenüber zu ändern."

In der Diskussion zu Bolgers Hypothese führt Bory aus (wieder nach dem Referat von Gollnick):

" Niemand würde die wirkliche Rolle eines physischen oder moralischen Schocks als auslösendes Moment gewisser Syndrome verneinen. Die Untersuchungen, wie sie Bolger anstellte, gaben nur subjektive Antworten, suggeriert - möchte man sagen - durch die Beharrlichkeit des Forschers. In diesem Sinne gibt es wenige Krankheiten, die man nicht auf Sorge oder Kummer zurückzuführen versuchen könnte. Darüber hinaus gibt es aber noch Tatsachen, die sich durch die psychosomatische Hypothese nicht erklären lassen, z. B. Psoriasisfälle in der ersten Kindheit oder besser noch im Säuglingsalter ohne erblichen Faktor, der fortschreitende und in Schüben verlaufende Charakter des Leidens, das Zusammentreffen von Gelenkaffektionen, der 'Köbner', der im Verlauf eines Schubes auf noch gesunder Haut infolge kleinster Traumen auftritt. Vielmehr würde uns die Hypothese eines autogenen oder heterogenen Virus befriedigen, dessen Beweis nur experimentell angetreten werden könnte."

Nach Jausion ist es zweifellos erstaunlich zu hören, daß Bolger sich sogar auf die Qualität der Emotion, um die Form der psoriatischen Projektion zu erklären, beruft, und er unterscheidet durch diese die entsprechenden Psoriasisformen:

punctata, nummularis, guttata und universalis.

Jausion führte weiter aus: "Um diese Tatsachen zu erklären, kann die psychosomatische Hypothese nur romanhafte Vermutungen liefern, die ein wenig an den mittelalterlichen Ab-
laßverkauf erinnern."

Diese schon gleich nach dem Bekanntwerden von Bolgerts Hypothesen scharfen Kritiken sind mehr oder weniger unwidersprochen geblieben. Bolgert hat darnach jedoch immer wieder auf seine Hypothese hingewiesen, indes hat er jedoch keine weiteren neuen Gesichtspunkte beigetragen.

Huriez und Mitarb. (1952-1957) beobachteten 341 Psoriatiker und fanden, daß bei 120 Patienten (32,5 %) die erste Eruption durch psychische Traumen ausgelöst wurde. Dabei wurde festgestellt, daß bei 43,3 % dieser Fälle die Eruption sofort nach dem psychischen Trauma auftrat, bei 17,5% der Fälle nach 15 Tagen bis 2 Monaten, bei 24,1 % nach mehr als 2 Monaten. Bei 15 % der Fälle konnten keine genauen zeitlichen Angaben gemacht werden. In Bezug auf die geistige Sphäre der Psoriatiker kommt Huriez zu dem Ergebnis, daß ein besonders häufiges Auftreten psychiatrischer Erkrankungen bei Psoriatikern nicht beobachtet wurde, sondern lediglich vermehrtes Auftreten von Symptomen wie Minderwertigkeitskomplexe und Unzufriedenheiten. Zum Vergleich bringt Huriez Statistiken, in denen prozentuale Angaben über die Häufigkeit des Auftretens der Psoriasis bei Geisteskrankheiten gemacht sind. So fand Forssmann (1947) in temperierten Zonen unter 693 Geisteskranken 1,4 % Psoriatiker. Romanus, der die gleichen Untersuchungen in der Schweiz durch-

führte, 0,10 %; Bauer in den USA 0,7 %; Huriez in Nordfrankreich 0,12 %.

Bezüglich der Beziehungen zwischen psychischen Faktoren und organischen Veränderungen weist Huriez auf die Beobachtungen von Griffith hin, der bei Neurasthenikern Erweiterungen und Schlängelungen der Kapillaren der Papillen beobachtete. Die gleichen Befunde fand Huriez bei Psoriatikern. Huriez kommt zum Schluß seiner Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß die psychosomatische Theorie zwar das Verdienst habe, auf zahlreichen Tatsachen zu fundieren, jedoch nicht genüge, um das Auftreten und den Verlauf der Krankheit als solche zu erklären. Er ist der Meinung, daß das Gebiet der Psoriasis zwei Komponenten umfasse, die beide imstande seien, sich getrennt dominierend zu übetragen. Eine Komponente betreffe das neuropsychische Gebiet, die andere die cutane Reaktion. Diese zweite Komponente, die parakeratotische Diathese, dürfe nicht übergangen werden. Sie erscheine oft prädominierend und sie erkläre die Auslösung gewisser Schübe durch andere Faktoren wie focale Infektionen und gewisse metabolische Störungen.

Eigene Untersuchungen

Im Hinblick auf die sich widersprechenden Literaturangaben und mit Rücksicht darauf, daß von Außenstehenden immer wieder geäußert wird, man habe in den vergangenen Jahren die psychischen Einflüsse bei Psoriasiskranken nicht genügend beachtet oder gar übersehen, da die klinischen Mediziner

gleichsam trotz aller Anregungen zu organisch-naturwissenschaftlich eingestellt seien, haben wir nun 50 Psoriatiker unter dem Gesichtspunkt psychischer Faktoren bei Psoriasis-kranken genauestens befragt und getestet. Weiter wurde zum diskutierten Problem die ausgesprochen große Zahl von Psoriasis-krankengeschichten in unserer Klinik ausgewertet.

P e r s ö n l i c h k e i t s t y p e n

Unsere erste Aufgabe bestand in dem Versuch, spezifische Persönlichkeitstypen bei Psoriatikern zu ermitteln. Bekanntlich unterliegen die präformierten Zusammenhänge zwischen Psyche und Körper individuellen Verschiedenheiten, so daß bei der einen Person die psychische (affektive, suggestive) Beeinflussung eines vegetativen Vorgangs noch möglich ist, in den Formenkreis der neuropathischen Konstitutionen ein. So auch lassen mit psychosomatischen Dermatosen befallene Patienten, bei denen psychische Konflikte Hautveränderungen über den Weg des autonomen Nervensystems hervorrufen, eine von einer autonom nervösen Zentrale geleitete und an die Person gebundene Reaktionsweise erkennen, die uns veranlaßt, sie in den Formenkreis der neuropathischen Konstitutionen einzuordnen.

Wir testeten daher etwa 50 Psoriatiker und etwa 50 Hautgesunde mit dem spezifisch zur Aufdeckung potentieller neurotischer Tendenzen verfaßten Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen. Dieser Fragebogen ist dem ursprünglichen self-report-inventory, dem standartisierten psychiatrisch-psychologischen Interview

amerikanischer Provenienz nachgebildet. Die eigene Meinung des Probanden ist dabei diagnostisch nur insoweit von Interesse, als sich in ihr Einstellungen ausdrücken, die für seine individuellen Eigentümlichkeiten und Erlebnisweisen - mit anderen Worten - für seine Persönlichkeit bezeichnend sind. Als Kriterium für die Interpretierbarkeit der Testresultate wurden dabei auch die Fragen der sog. Lügenliste ausgewertet. Die folgenden Tabellen zeigen die Ergebnisse dieses Tests:

Untersuchungsergebnisse: (Tabelle I)

<u>Fälle</u>	1. R.,F.	2. K.,T.	3. E.,L.	4. L.,B.	5. B.,R.
<u>Alter in Jahren</u>	56	23	40	28	14
<u>Geschlecht</u>	männl.	männl.	männl.	weibl.	weibl.
<u>Alter beim 1. Auftret.d.Ps.</u>	20	14	38	14	8
<u>Anz. d. Erupt.</u>	8	4	3	2	3
<u>Neurot. Tend.</u>	normal	Normalität zweifelh.	normal	Normalität zweifelh.	normal

<u>Fälle</u>	6. J.,Ch.	7. G.,D.	8. N.,K.	9.R.,K.	10. K.,H.
<u>Alter in Jahren</u>	25	40	27	68	33
<u>Geschlecht</u>	männl.	weibl.	männl.	männl.	männl.
<u>Alter beim 1. Auftret.d.Ps.</u>	20	6	18	31	12
<u>Anz. d. Erupt.</u>	3	3	4	5	3

<u>Neurot. Tend.</u>	normal	schwerwiegd. abnorm	normal	Normalit. zweif.	normal
----------------------	--------	------------------------	--------	---------------------	--------

<u>Fälle</u>	11. F.,J.	12.G.,R.	13.L.,Sp.	14.A.,R.	15.M.,R.
--------------	-----------	----------	-----------	----------	----------

<u>Alter in Jahren</u>	57	74	76	50	17
------------------------	----	----	----	----	----

<u>Geschlecht</u>	männl.	männl.	männl.	männl.	weibl.
-------------------	--------	--------	--------	--------	--------

<u>Alter beim 1. Auftret.d.Pso.</u>	55	52	18	50	7
-------------------------------------	----	----	----	----	---

<u>Anz. d. Erupt.</u>	1	13	34	1	2
-----------------------	---	----	----	---	---

<u>Neurot. Tend.</u>	normal	schwerwiegd. abnorm	abnorm	normal	normal
----------------------	--------	------------------------	--------	--------	--------

<u>Fälle</u>	16.G.,P.	17.B.,A.	18.H.,A.	19.Th.,B.	20.H.,F.
--------------	----------	----------	----------	-----------	----------

<u>Alter in Jahren</u>	51	24	17	27	42
------------------------	----	----	----	----	----

<u>Geschlecht</u>	männl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
-------------------	--------	--------	--------	--------	--------

<u>Alter beim 1. Auftret.d.Pso.</u>	31	19	17	7	15
-------------------------------------	----	----	----	---	----

<u>Anz. d. Erupt.</u>	6	2	1	3	17
-----------------------	---	---	---	---	----

<u>Neurot. Tend.</u>	normal	abnorm	normal	Normalit. zweifelh.	Normal. zweif.
----------------------	--------	--------	--------	------------------------	-------------------

<u>Fälle</u>	21.R.,F.	22.KH.,G.	23.M.,G.	24.F.,G.	25.M.,G.
--------------	----------	-----------	----------	----------	----------

<u>Alter in Jahr.</u>	56	34	79	18	65
-----------------------	----	----	----	----	----

<u>Geschlecht</u>	männl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
<u>Alter beim 1. Auftret. d. Pso.</u>	54	28	40	9	64
<u>Anz. d. Erupt.</u>	1	3	2	3	1
<u>Neurot. Tend.</u>	abnorm	Normalit. zweifelh.	Normalit. zweif.	Normalit zweif.	Normalität zweifelh.
<u>Fälle</u>	26.M.,G.	27.I.,H.	28.H.,M.	29.R.,H.	30.R.,M.
<u>Alter in Jahren</u>	65	38	61	24	31
<u>Geschlecht</u>	weibl.	männl.	männl.	männl.	männl.
<u>Alter beim 1. Auftret.d.Pso.</u>	64	21	45	21	10
<u>Anzahl d. Erupt.</u>	1	3	5	2	4
<u>Neurot. Tend.</u>	Normalit. zweif.	normal	Normalit. zweifel.	normal	Normalit zweif.
<u>Fälle</u>	31.R.,M.	32.E.,M.	33.A.,O.	34.F.,M.	35.I.,N.
<u>Alter in Jahren</u>	20	43	32	57	30
<u>Geschlecht</u>	männl.	weibl.	männl.	männl.	männl.
<u>Alter beim 1. Auftret.d.Pso.</u>	19	25	28	55	14
<u>Anz. d. Erupt.</u>	1	2	2	2	2

<u>Neurot. Tend.</u>	Normalit. zweif.	abnorm	Normalit. zweif.	Normalit. zweif.	Normalit. zweif.
----------------------	---------------------	--------	---------------------	---------------------	---------------------

<u>Fälle</u>	36.A.,G.	37.K.,H.	38.K.,Sp.	39.M.,Sch.	40.H.,R.
--------------	----------	----------	-----------	------------	----------

<u>Alter in Jahren</u>	89	59	18	65	27
----------------------------	----	----	----	----	----

<u>Geschlecht</u>	weibl.	männl.	männl.	weibl.	männl.
-------------------	--------	--------	--------	--------	--------

<u>Alter beim 1. Auftret.d.Pso.</u>	29	20	16	15	12
---	----	----	----	----	----

<u>Anz. d. Erupt.</u>	18	20	2	15	2
-----------------------	----	----	---	----	---

<u>Neurot. Tend.</u>	Normalit. zweif.	Normalit. zweif.	Normalit. zweif.	Normalit. zweif.	normal
----------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	--------

<u>Fälle</u>	41.R.,H.	42.M.,H.	43.K.,H.	44.A.,K.	45.H.,I.
--------------	----------	----------	----------	----------	----------

<u>Alter in Jahren</u>	53	33	69	63	51
----------------------------	----	----	----	----	----

<u>Geschlecht</u>	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.
-------------------	--------	--------	--------	--------	--------

<u>Alter beim 1. Auftret.d.Pso.</u>	44	6	12	65	54
---	----	---	----	----	----

<u>Anz. d. Erupt.</u>	2	2	3	4	7
-----------------------	---	---	---	---	---

<u>Neurot. Tend.</u>	Normalit. zweif.	Normalit. zweif.	normal	abnorm	schwerw. abnorm
----------------------	---------------------	---------------------	--------	--------	--------------------

<u>Fälle</u>	46.E.,R.	47.J.,S.	48.W.,F.	49.H.,F.	50.L.,B.
--------------	----------	----------	----------	----------	----------

<u>Alter in Jahren</u>	55	45	34	25	28
----------------------------	----	----	----	----	----

<u>Geschlecht</u>	weibl.	weibl.	männl.	männl.	weibl.
<u>Alter beim 1. Auftritt.d.Pso.</u>	15	35	29	25	14
<u>Anz. d. Erupt.</u>	10	2	2	1	2
<u>Neurot. Tend.</u>	schwerwiegd. normal abnorm Normalit. abnorm abnorm zweif.				

Stärke der neurotischen Tendenzen: (Tabelle II)

	<u>Psoriatiker</u>	<u>Vergleichspersonen</u>
normal	16	28
Normalität zweifelh.	23	14
abnorm	7	5
schwerw. abnorm	4	3

46 % unserer Psoriasispatienten mußten wir also unter die Rubrik 'Normalität zweifelhaft' einreihen. Während nur 28 % der Vergleichspersonen unter dieser Rubrik ihren Platz finden. Nach der Lehre der Psychiatrie sind diese 46 % der Psoriasispatienten in den Kreis der neuropathischen Konstitution einzureihen. Die Psoriatiker hingegen, die ihren Platz in den Rubriken 'abnorm' und 'schwerwiegend abnorm' fanden, gehören nach den Gesetzen der Psychiatrie in den Kreis der psychopathischen Konstitutionen, auf den später eingegangen werden soll.

Neuropathische Reaktionen mit Krankheitscharakter auf psychische Anlässe hin sind in der ärztlichen Praxis ungemein

häufig. Als Beispiel möchten wir an neuropathische Organreaktionen erinnern. Es wäre daher nicht angebracht, eine neuropathische Konstitution als spezifischen Persönlichkeitstyp bei Psoriatikern anzusehen. Zum anderen zeigt das Ergebnis dieser Untersuchungen, daß Psoriatiker lediglich im größeren Umfang zu den Personen gehören, bei denen psychische Beeinflussung eines vegetativen Vorgangs möglich ist. Eine neuropathische Konstitution allein genügt jedoch nicht, um Krankheitssymptome zu erklären. Die Möglichkeit der psychischen Beeinflussung eines vegetativen Vorgangs mit Krankheitscharakter kann durch andauernde seelische Belastungen oder durch Schrecksituationen gegeben sein. Hierauf soll später eingegangen werden. Sie kann jedoch auch durch die Unfähigkeit, Emotionen abzureagieren, hervorgerufen werden.

Daher war das Ziel unserer weiteren Untersuchungen, eine nähere Unterteilung der neuropathischen Typen in Zwangscharaktere oder mehr triebhafte Charaktere zu finden. Wir kontrollierten daher unsere Patienten auf ihre Fähigkeit der Abreaktion von Emotionen. Dabei stützten wir uns einmal auf die Aussagen der Patienten auf diesbezügliche Fragen, zum anderen jedoch auch auf unsere eigenen Beobachtungen, die wir bei diesen Patienten während ihres stationären Aufenthaltes machten, indem wir ihr affektives Verhalten den Mitpatienten, dem Ärzte- und Pflegepersonal gegenüber, kontrollierten. Viele Patienten kamen wiederholt in unsere stationäre Behandlung so daß Beobachtungen über längere Zeiträume hinweg vorliegen. Unsere Frage, wie sie auf ihnen zu-

gestoßenes Unrecht reagierten, beantworteten 17 der 23 Patienten in dem Sinne, daß sie den Betreffenden zur Rede stellen und eine Wiedergutmachung fordern würden; dann sei für sie der Fall vergessen.

Die Frage nach ihrer Reaktion bei Fehlspekulationen oder ungünstigen Ereignissen wurde in dem Sinne beantwortet, daß sie ihrem Ärger 'Luft machen' würden, wobei die meisten von ihnen den Weg über eine Aussprache mit anderen Menschen wählten.

Drei Patienten gaben an, daß sie oft Ärger hätten und Ungerechtigkeiten ertragen müßten, sich jedoch aus situationsgebundenen Umständen heraus dagegen nicht auflehnen könnten und es mit sich allein austragen müßten. Menschen, denen sie sich anvertrauen möchten, hätten sie nicht, obgleich sie eigentlich mitteilungsbedürftig seien.

Nur zwei weitere Patienten beantworteten unsere Fragen in dem Sinne, daß sie es einfach nicht fertigbrächten, sich offen gegen zugestoßenes Unrecht aufzulehnen und lieber alles schlucken würden. Ärger und Kummer würden sie anderen Menschen gegenüber verheimlichen. Der Kontakt zur Außenwelt war bei ihnen nahezu nicht vorhanden. Unsere Beobachtungen konnten nur noch die Aussagen der Patienten bestätigen.

So pflegten auch die Patienten, die zugaben, ihrem Ärger statz 'Luft zu machen', sich in diesem Sinne in unserer Klinik zu verhalten. Gerade unter ihnen war der höchste Prozentsatz der Patienten zu verzeichnen, die - da sie nicht einsehen, daß die Behandlung oft unterschiedlich lange Zeitspannen in Anspruch nimmt - sich ungerechtfertigterweise be-

schwerten und gar oft darüber sich erzürnten, daß die Salbenkonzentration nicht genüge, das Auftragen der Salben vom Pflegepersonal nicht sorgfältig genug durchgeführt würde. Drohungen, nie wieder auf dieser oder jener Station sich behandeln zu lassen, wurden des öfteren geäußert. (Dabei sei zur Rechtfertigung des Ärzte- und Pflegepersonals gesagt, daß die Zahl der Beschwerden nahezu bei allen Stationen gleich lag.) Beschwerden über Einweisung in ein etwa zu großes Zimmer, Klagen über Mitpatienten und über nicht genügend freundliches Verhalten des Pflegepersonals, wurden bei diesen Patienten in höchstem Prozentsatz gefunden. Außerordentliche Selbstbeherrschung, Neigung zu Mitleidsgefühlen, Kontaktschwäche zur Außenwelt, konnten bei lediglich zwei Patienten dieser zum Formenkreis der neuropathischen Konstitutionen gehörenden Psoriatiker gefunden werden.

Das Ergebnis der Befragungen und Beobachtungen zeigt also deutlich, daß sog. Zwangscharaktere bei konstitutionell neuropathischen Psoriatikern nur sporadisch auftreten, gehemmte Emotionen bei ihnen nur selten gefunden werden, sondern daß der größte Teil unter ihnen mitteilungsbedürftig ist und sehr lebhaften Kontakt zur Außenwelt zeigt.

Befassen wir uns nun mit den Patienten, die an Hand der Testergebnisse in die Rubrik 'abnorm' und 'schwerwiegend abnorm' eingeteilt wurden, so treten wir nun in den Personenkreis der konstitutionell Nervösen ein. Die konstitutionelle Nervosität leitet vom vegetativen Gebiet in das psychische Gebiet über

und somit zu der psychopathischen Persönlichkeit, wobei wir unter Psychopathie wiederum das große Grenzgebiet zwischen Geistesgesundheit und Geisteskrankheit sehen. Die psychopathologische Erfahrung lehrt, daß bei der konstitutionellen Nervosität viel weniger ein psychisches Versagen als vielmehr ein störender Affekt vorliegt, weniger eine echte Schwäche als eine affektive Erregung mit innerer Hemmung bei einem ungeeigneten Gegeneinanderarbeiten der einzelnen Seelentätigkeiten (Reichardt).

Es liegt also hierbei schon der Übergang zu den Psychopathien eigenen Anlagen des Gemüts- und Willenlebens vor, im Gegensatz zu den psychisch-reaktiven Erscheinungen der neuropathischen Anlage.

Erwiesen sich nun von 50 Psoriatikern 11 als konstitutionell nervöse, so ist das ein beachtenswertes Ergebnis, das zwar als bemerkenswertes Charakteristikum für Psoriatiker insofern an Bedeutung verliert, da auch 8 Vergleichspersonen zum gleichen Persönlichkeitstyp gehören, das uns jedoch Anlaß gibt zu weiteren Forschungen nach der Zugehörigkeit von Psoriatikern zum Formenkreis der psychopathischen Persönlichkeiten. So wurde bei unseren Psoriasispatienten nach zwangsneurotischer Veranlagung, wie übertriebener Pünktlichkeit, Gründlichkeit, Gewissenhaftigkeit und Insuffizienzgefühlen geforscht. Typische zwangsneurotische Symptome wurden dabei bei keinem der Patienten festgestellt. Einige Patienten gaben lediglich Mangel an Selbstvertrauen an. Hypochondrische Veranlagung wurde bei einem Patienten festgestellt, der jedoch angab, daß er sich früher

nie Sorgen um sein körperliches Wohlergehen gemacht habe, erst seit dem häufigen Auftreten der Psoriasisschübe lebe er in dauernder Angst um seine Gesundheit. Unbeständigkeit, Haltlosigkeit und Willensschwäche im Sinne eines konstitutionellen Willensdefektes zeigten sich bei einem 30-jährigen Psoriatiker, der trotz sehr guter intellektueller Begabung keine abgeschlossene Berufsausbildung hatte, unzählig oft seinen Arbeitsplatz wechselte, obgleich er - wie er uns versicherte - jedesmal beim Antritt eines neuen Arbeitsplatzes sich ernsthaft vorgenommen hatte, in diesem Beruf zu bleiben. Bei ihm zeigte sich eine Neigung zu Unstetigkeit, Abenteuer- und Hochstaplertum und zum Bummeln.

Hysterische Reaktionen, wie das Bestreben, Sensationelles zu erleben, Aufsehen und Teilnahme zu erregen und interessant zu erscheinen, wurden bei einer 50-jährigen, unverheirateten Sekretärin beobachtet. Sie klagte über zermürbenden Juckreiz und Schmerzen beim Auftreten neuer Effloreszenzen. In ihrem Bestreben, Aufsehen und Teilnahme zu erregen, tyrannisierte sie Patienten und Pflegepersonal. Eine Bemerkung unsererseits, die über die rasche Abheilung der Effloreszenzen gemacht wurde, ließ sie sofort wieder über Juckreiz und Schmerzattacken lamentieren. Eine Verschlimmerung der Psoriasis wurde dabei jedoch nicht festgestellt.

Krankhafte Streitsucht, Verschrobenheit, Querulantenentum und übertriebene Selbsteinschätzung zeigten sich bei einem 74-jährigen Psoriatiker, der zum wiederholten Male in unserer stationären Behandlung stand. Der Patient war vom gesamten

Pflegepersonal nicht gern gesehen, da er immer Grund zum Streit mit seinen Zimmerkollegen fand, sich ständig über das Pflegepersonal beklagte und die Behandlung am liebsten selbst bestimmte, in der Meinung, daß er sich selbst am besten kenne. Eine Leberfunktionsprobe (Bromphthaleintest), die während des letzten stationären Aufenthaltes bei ihm durchgeführt wurde, veranlaßte ihn, die Klinik sofort zu verlassen, mit der Begründung, daß bei ihm eine Untersuchung durchgeführt worden sei, von der er wüßte, daß sie nicht notwendig gewesen sei.

Psychopathische Störungen im Sexualbereich zeigten sich bei einem 23-jährigen unverheirateten Patienten in Form von Homosexualität.

Betrachten wir nun abschließend unsere Beobachtungen im Hinblick der Zugehörigkeit der Psoriatiker zum Formenkreis der psychopathischen Persönlichkeiten, so finden wir unter 50 Psoriatikern 1 Patienten mit hypochondrischen Zügen, 1 Patienten mit hysterischer Reaktion, 1 Patienten mit konstitutionellem Willensdefekt, 1 Patienten mit Querulantentum und übertriebener Selbsteinschätzung und 1 Patienten mit psychopathischen Störungen im Sexualbereich. Dabei ist zu vermerken, daß sowohl der Patient als auch die Patientin, die hysterische Reaktionen aufwiesen, gleichzeitig zum Formenkreis der konstitutionell Nervösen gehörten.

Krankheitsprozesse im engeren Sinne wurden bei 2 Patienten beobachtet. Beide gehörten dem manisch-depressiven Formenkreis an. Bei beiden Patienten lag der Beginn der Erkrankung

lange Jahre vor Ausbruch der Schuppenflechte. Einer dieser Patienten stand jetzt zum 13. Male in unserer stationären Behandlung. Zweimal wurde mit der Eruption der Schuppenflechte der Beginn depressiver Phasen beobachtet. Bei dem zweiten Patienten, bei dem die erste Eruption der Schuppenflechte im 54. Lebensjahr lag, wurde die letzte depressive Phase 4 Jahre vor Ausbruch der Psoriasis beobachtet. Bei diesem Patienten ging die Psoriasis in eine Erythrodermie über, deretwegen er nahezu 2 Jahre ununterbrochen in unserer stationären Behandlung stand, und die schließlich zum Exitus führte. Auch während der Zeit des stationären Aufenthaltes konnte keine depressive Phase auf dem Boden depressiver Anlage beobachtet werden. Die allgemein gedrückte Stimmung und Teilnahmslosigkeit dieses Patienten während dieser Zeitspanne mußten aufgrund eingehender psychiatrischer Untersuchungen als situationsgebunden angesehen werden. Bei der Testung auf das neurotische Verhalten des Patienten mußten beide in die Rubrik 'schwerwiegend abnorm' eingereiht werden.

Betrachten wir nun die konstitutionelle Nervosität als überleitendes Glied zum psychopathischen Formenkreis, so zeigten die in Hinblick auf die Auskristallisierung psychopathischer Persönlichkeiten durchgeführten Untersuchungen, daß 2 der 11 konstitutionell Nervösen zugleich eindeutig psychopathische Symptome aufwiesen - also den Schritt zum psychopathischen Formenkreis getan hatten - während 2 von ihnen mit einer spezifisch psychiatrischen Erkrankung behaftet waren. Die Hauptsymptome der 7 konstitutionell Nervösen waren so-

wohl organnervöse Störungen, wie Schlafstörungen, aufregende Träume als auch Unlustgefühle, starke Verstimmbarkeit, keine Ausdauer.

Unsere Ergebnisse der Untersuchungen im Hinblick auf die Persönlichkeitstypen der Psoriatiker soll folgende Tabelle zusammenfassen:

Persönlichkeitstypen bei Psoriatikern: (Tabelle III)

Zwangscharaktere	4 %
Konstitutionell Nervöse	14 %
Psychopathische Persönlichkeit.	10 %
Psychiatrische Erkrankungen	4 %
Zusammen	32 %

Diese Resultate erlauben uns nicht, von einem spezifischen Persönlichkeitstyp bei Psoriatikern zu sprechen. Denn unsere Untersuchungen zeigen, daß eine spezifische Uniformität in den abnormen Veranlagungen nicht gefunden werden konnte, sondern daß vielmehr eine weitgehende Beteiligung des gesamten neuropsychischen Gebietes zu verzeichnen war. Der verhältnismäßig großen Anzahl von 32 % der Patienten mit abnormer Veranlagung möchten wir wegen des sortierten Krankengutes der stationär Kranken keine allzu große Bedeutung zuschreiben, denn - wie bekannt - unterzieht sich die intellektuelle Schicht unserer Psoriatiker nur in den seltensten Fällen und bei ausgesprochen starkem Befall einer stationären Behandlung.

K o n f l i k t s i t u a t i o n e n

Stellten wir zu Beginn unserer Untersuchungen fest, daß Psoriatiker im höheren Ausmaß zu den Personen gehören, bei denen eine psychische Beeinflussung eines vegetativen Vorgangs möglich ist, so ist es angemessen zu erforschen, ob bei Psoriatikern auch in höherem Ausmaß ein Verfangensein in Konfliktsituationen zu beobachten ist.

Wir haben die sich ergebenden Tatsachen in drei Gruppen'geordnet.

1. Gruppe: Kindheit des Kranken, seine Beziehungen zur Umwelt. 26 Patienten gaben an, ihre Kindheit sei glücklich gewesen, zu Eltern und Geschwistern hätten sie ein gutes Verhältnis gehabt. Sie lebten in geregelten Familienverhältnissen und hatten lebhaften Kontakt mit ihren Spielkameraden. 11 Patienten bezeichneten ihre Kindheit als relativ glücklich. Als vollkommen glücklich wurde diese Zeit insofern nicht bezeichnet, weil sie unter den Ereignissen des letzten Krieges standen. Sie waren aber zu diesem Zeitpunkt noch nicht reif genug, um die Härte dieser Ereignisse richtig empfinden zu können und hatten so nicht ernstlich unter diesen gelitten. Sie hätten sich zu Hause wohl gefühlt und seien glücklich gewesen im Spiel mit ihren Gefährten.

2 weitere Patienten gaben an, sie hätten eine harte Kindheit gehabt. Bei einem Patienten starb der Vater früh, bei dem anderen war der Vater ein Trinker. Sie hätten von frühester Jugend an hart arbeiten müssen, für ihre Ausbildung sei relativ wenig getan worden. Sie hätten sich oft sehr unglücklich ge-

fühlt. Von einer harten Jugend sprachen noch 5 weitere Patienten, jedoch bezeichneten diese Patienten diesen Zeitabschnitt nicht als unglücklich. 2 weitere Patienten gaben an, unter den Zwistigkeiten der Eltern sehr gelitten zu haben. Eine Patientin wurde als uneheliches Kind geboren, von ihrem Stiefvater tyrannisiert und von ihrer Mutter gehaßt. Für die Ungezogenheiten der Stiefgeschwister wurde sie bestraft; eine angemessene Berufsausbildung wurde nur diesen gewährt.

1 Patient, dessen Eltern getrennt lebten, sagte aus, daß er unter der Trennung von seinem Vater sehr gelitten habe. Als nach mehreren Jahren die Eltern sich ihm zuliebe entschlossen hätten, wieder zusammenzuleben, sei der Vater wenige Tage vor der versprochenen Rückkehr einem Herzschlag erlegen. Diesen Schock habe er bis heute noch nicht überwunden.

Ein 24-jähriger Patient lebte in seiner Kindheit im polnisch besetzten Gebiet. Sein Vater sei erschossen, er selbst von seinen Spielgefährten seiner Staatsangehörigkeit wegen verstoßen worden, eine Schule hätte er nicht besuchen dürfen. Auch er gibt an, unter diesen Verhältnissen sehr gelitten zu haben.

Ein 18-jähriger Patient, bei dem die Schuppenflechte schon seit frühester Kindheit bestand, erzählte, daß er nie Kontakt mit seinen Spielkameraden gehabt habe, daß er von ihnen sogar verstoßen worden sei, da man seine Krankheit für ansteckend gehalten habe.

II. Gruppe: Leben in der Gemeinschaft

60 % unserer Psoriatiker waren verheiratet und zufrieden mit ihrer Ehe. Bei 3 Patienten war der Ehepartner verstorben, auch sie gaben an, eine glückliche Ehe geführt zu haben. 2 Patientinnen waren geschieden. Von beiden wurde Untreue seitens des Ehegatten als Scheidungsmotiv angegeben. Eruption bestand schon, als die Ehen noch glücklich waren. Sie führten die Untreue der Männer auf ihr Krankheit zurück.

Eine 55-jährige Patientin hatte eine ausgesprochen unglückliche Ehe geführt. Wie oben berichtet, war sie unehelich geboren und vom Stiefvater tyrannisiert worden. Sie heiratete einen Witwer mit vier Kindern, die von der Schwester ihres Ehemannes betreut worden waren. Auch nach der Eheschließung blieb die Schwester im gleichen Haushalt und wiegelte mit Erfolg Kinder und Bruder gegen die neue Mutter auf.

Die Patientin litt sehr unter diesen Verhältnissen. Damals habe ihr ein Arzt erklärt, die häufigen Eruptionen ihrer Schuppenflechte seien durch ihre unglückliche "indheit und ihr unglückliches Familienleben bedingt. Nun, beim zehnten stationären Aufenthalt unserer Patientin lebte diese in normalen Verhältnissen: Ihr Sohn, der dieser unglücklichen Ehe entstammt, hatte sie nach dem Tode ihres Ehemannes in seine Familie aufgenommen. Ihre Schuppenflechte trat jedoch, wie eh und je, mit gleicher Häufigkeit und Vehemenz auf.

Eine andere Patientin lebte getrennt von ihrem Ehemann. Als Motiv wurde angegeben, daß ihr Ehemann nach der Rückkehr aus dem Kriege sich wesensmäßig so verändert habe, daß ein Zusammenleben mit ihm nicht mehr möglich sei. Die Schuppenflech-

te besteht hier schon seit der Kindheit.

III. Gruppe: Verschiedene Faktoren

Eine Patientin leidet an Syringomyelie und ist unglücklich darüber, anderen zur Last zu fallen. Die Ersteruption der Schuppenflechte fiel hier in die Kindheit.

Ein 56-jähriger Patient habe große Geldsorgen, da er sich ein Haus baute und nun seit Jahren der Schuldenlast nicht mehr Herr werde. Die Schuppenflechte besteht bei ihm seit einem Jahr.

Ein 25-jähriger Patient lebe in Sorge um seine Frau, die an einer Tuberkulose leide. Die Ersteruption war im 13. Lebensjahr aufgetreten. Häufigere Eruptionen in den letzten Jahren wurden nicht beobachtet.

Ein 57-jähriger Omnibusfahrer bemerke seit Jahren ein rapides Nachlassen der Sehschärfe. Er lebe in ständiger Sorge, daß ihm sein Führerschein entzogen werde. Die Schuppenflechte zeigte sich bei ihm jetzt zum ersten Male.

Ein weiterer Patient, der an einer Sehmuskellähmung leide, ist in Sorge, zu erblinden. Die Schuppenflechte bestand in diesem Falle schon vor Ausbruch der Augenkrankheit.

Ein anderer Psoriatiker habe im Felde in einer Art Panikstimmung einen auf ihn zustürzenden feindlichen Soldaten getötet. Er sei mit diesem Erlebnis bislang nicht fertig geworden und beschäftige sich stets damit.

Ein 60-jähriger Patient, der eine glückliche Ehe geführt habe und kinderlos sei, komme über den Tod der Ehefrau nicht hin-

weg. Er halte sich nun für überflüssig, da er gewohnt war, zu zweit zu leben. Eine bei ihm lediglich auf die Ellenbogen begrenzte Psoriasis bestehe schon seit vielen Jahren. Jetzt zeigte sich erstmals eine Ausbreitung über den ganzen Körper. Eine weitere unverheiratete Patientin vorgeschrittenen Alters klagt über Einsamkeit und Unverstandensein. Auch hier liegt die Schuppenflechte seit der Kindheit vor.

Verstehen wir unter einer psychosomatischen Dermatoze eine Krankheit, deren gleichzeitige oder spätere Exacerbation durch seelische Konflikte in der Kindheit bestimmt wird, so dürfen wir die Psoriasis nicht in diese Krankheitsgruppe einreihen. Denn an Hand unserer Beispiele zeigt sich deutlich, daß nur 16 % unter einer unglücklichen Kindheit aus den verschiedensten Motiven litten. In Anbetracht dessen, daß diese Zeitspanne bei vielen der untersuchten Patienten in die harten und grausamen Zeiten der Kriegsjahre und in die Zeit vieler zerrütteter Verhältnisse in den Familien fielen, müssen wir bei objektiver Betrachtung sagen, daß dieses Ergebnis nicht zuläßt, seelische Konflikte in der Kindheit als ein häufig vorkommendes Symptom bei Psoriatikern zu kennzeichnen.

Betrachten wir nun das Leben in der Ehegemeinschaft der an Schuppenflechte Erkrankten, deren Fülle an Konfliktsituationen immer wieder für psychosomatische Dermatosen verantwortlich gemacht wird, so müssen wir auch hier sagen, daß die bei uns befragten Patienten keinen Hinweis dafür ergaben, daß ihre Krankheit ihre Ursache in den seelischen Spannungen ihres Ehe-

lebens findet. Bei den wenigen Patienten, bei denen solche Spannungen bestehen oder bestanden, sind diese Motive in der Eigenschaft als Brückensymptome nicht verwertbar, da einmal die Psoriasis vor diesen Spannungen auftrat, oder gar die Konflikte selbst durch diese Krankheit verursacht wurden, zum anderen, da nach Aufhören der Spannungen eine Abnahme in der Häufigkeit der Eruptionen nicht verzeichnet werden konnte.

Sehen wir uns nun die übrigen Faktoren an, aus denen sich das Leben dieser Kranken zusammensetzt, so finden wir nur bei 8 von 50 Psoriatikern Ängste, Sorgen und andere Motive, unter denen sie leiden oder mit denen sie nicht fertig wurden. Bei 4 dieser 8 Patienten bestand die Psoriasis schon vor Ausbruch dieser Konflikte. Auch diesesmal müssen wir bei objektiver Beurteilung sagen, daß die Zahl der Psoriatiker, die in seelischer Spannung leben, nicht überdurchschnittlich groß ist, und wir eine weit größere Zahl solcher Patienten herausfinden müßten, wenn ein Verfangensein in Konfliktsituationen als wesentliche Mitursache einer Psoriasis angesehen werden soll.

Im Gegenteil; wenn man an die große Gruppe unserer Psoriasispatienten denkt, die den Krieg mit all seinen Bitternissen mitgemacht hat, und feststellt, daß nur 1 Patient von denen zu diesem Problem genauestens Befragten mit dem, was er im Kriege erlebte, nicht fertig geworden ist, so kommt der Gedanke, den Psoriatikern müsse vielmehr eine glückliche Natur eigen sein, die es ihnen leicht macht, mit den Schwierigkeiten des Lebens fertig zu werden.

Psychische Traumen

Zum Schluß unserer Untersuchungen sei auf die Bedeutung psychischer Traumen bei der Auslösung der Psoriasis eingegangen. In der Geschichte der Psoriasis sind nur einige wenige Fälle bekannt, bei denen die Schuppenflechte durch Schreck-situationen, Ängste oder grausame Ereignisse ausgelöst wurde. So berichtet Hardy über einen Fall, bei dem erstmals sich die Psoriasis zeigte, nachdem er vor dem Tode des Ertrinkens gerettet wurde. Leloir beobachtete den Ausbruch der Psoriasis bei einem Patienten, der von einem tollwütigen Hund verfolgt worden war. Heulz sah die Eruption bei einem jungen Mann, dessen Freund vor seinen Augen durch einen Unfall grausam zu Tode kam, und weiter bei einem zweiten Patienten, der vor dem Tode durch Erschießen gerettet werden konnte.

Punnenmann schreibt über zwei Fälle, bei denen die Psoriasis nach starkem Ekel auftrat. Einer dieser Patienten lag fast ein halbes Jahr im Schützengraben und ekelte sich vor dem Anblick toter Schotten. Der andere wurde von starkem Ekel befallen, als er beim Baden in einem Teich tote Katzen vorfand.

Unter den 50 von uns befragten Psoriatikern fand sich 1 Patientin, bei der es zur Auslösung der Schuppenflechte aus Furcht vor Ansteckung kam. Es handelte sich um eine 23-jährige Patientin, deren 1 1/2-jähriges Kind an einer Psoriasis erkrankte. Zum gleichen Zeitpunkt zeigte sich bei ihrem Ehemann erstmals eine Neurodermitis constitutionalis. Trotz ärztlicher Aufklärung blieb diese junge Frau der Überzeugung, ihre Familie

sei von einer ansteckenden Hautkrankheit befallen und fürchtete, nun auch infiziert zu werden. Schon nach wenigen Tagen zeigten sich auch bei ihr Psoriasiseffloreszenzen.

Bei all den übrigen Befragten konnten keine emotionellen Momente im Zusammenhang mit der Auslösung der Psoriasis beobachtet werden. Zum erörterten Problem wurde auch die ausgesprochen große Zahl von Psoriasiskrankengeschichten in der Würzburger Hautklinik durchgesehen. In diesen Krankengeschichten ist eine vorgedruckte Rubrik 'Angebliche Ursache' eingefügt, in der ausdrücklich die Meinung des Patienten zu der Krankheit vermerkt werden soll. Diese Rubrik wird in der Würzburger Hautklinik pflichtgemäß ausgefüllt. Man findet jedoch in all diesen Krankenblättern keinen einzigen Hinweis, wobei jedoch berücksichtigt werden muß, daß zumist ein spezielles Interesse an psychischen Fragen kaum im Vordergrund der früheren Untersuchungen gestanden haben mag.

Weiterhin: Durch die Ereignisse der letzten dreißig Jahre ist eine in mehrere Millionen gehende Anzahl Menschen auf dem europäischen Kontinent oder in Ostasien in größte körperliche und psychische Not geraten. Bei der ausgesprochenen Häufigkeit der Schuppenflechte müßte heute nach einer allgemeinen Beruhigung der Verhältnisse von derartiger Krankheit in Abhängigkeit von Todesangst usw. im Rückblick auf das Vergangene jener Jahre berichtet worden sein. In der Literatur findet sich jedoch kein einziger Hinweis dafür.

Wir können daher mit Sicherheit behaupten, daß eine Auslösung der Psoriasis durch psychische Traumen nur in einem Minimum

der Fälle gesehen wird. Somit sind psychischen Traumen für die Auslösung der Psoriasis keine bemerkenswerte Bedeutung zuzuschreiben.

Schlußfolgerung

Die Resultate unserer Testungen, Befragungen, Beobachtungen und Auswertungen von Literaturangaben und Krankenblättern lehren einmal, daß den Psoriatikern eine spezifische Persönlichkeitsstruktur nicht eigen ist. Diesbezügliche Untersuchungen zeigten lediglich, daß 32 % der Psoriatiker abnorme Veranlagungen aufwiesen, die jedoch wegen der Vielfältigkeit der Erscheinungen nicht zulassen, in ihnen bemerkenswerte Charakteristika für eine psychogene Ursache der Psoriasis zu sehen. Zudem mußte bei dem Ergebnis dieser Untersuchungen das sortierte Krankengut der stationären Kranken berücksichtigt werden. Zum anderen erfuhren wir an Hand unserer Befragungen nach dem Befangensein in seelischen Konfliktsituationen, daß diesen Momenten bei der Psoriasis keine nennenswerte Bedeutung zugemessen werden kann. Nur in wenigen Fällen war die Möglichkeit, seelische Konfliktsituationen als etwaige Brückensymptome zu sehen, gegeben.

Schließlich zeigte uns unsere Fahndung nach der Bedeutung psychischer Traumen als Auslöschungsmotiv der Psoriasis, daß dieser kein markanter Wert beigelegt werden kann. Unter der großen Anzahl Psoriasiskranker war nur ein Fall zu verzeichnen, bei dem im psychischen Trauma ein Brückensymptom zur Auslösung der Psoriasis gesehen wurde.

Verstehen wir jedoch unter einer psychosomatischen Dermatose eine Krankheit, an der ein psychischer Faktor wesentlich mitbeteiligt ist, so glauben wir, daß die wenigen Fälle, bei denen die Möglichkeit einer psychogenen Genese der Psoriasis diskutabel war, uns nicht erlauben, bei diesem Krankheitsbild von einer wesentlichen Mitbeteiligung psychischer Elemente zu sprechen. Somit findet die Psoriasis bisher keinen Platz unter den als gesichert anzusehenden psychosomatischen Dermatosen.

Daß in wenigen seltenen Fällen die Möglichkeit der Auslösung durch psychische Faktoren gegeben ist, kann dadurch erklärt werden, daß in seltenen Fällen ein psychisches Trauma oder die Explosion des Schwebens in Konfliktsituationen im Sinne einer Verstärkung des Eruptionsdruckes des in seiner organischen Anlage (erblich) gebundenen oder primär gestörten Psoriasis-kranken wirken.

Z u s a m m e n f a s s u n g

Nach kurzer Erwägung der Fakten, die Anlaß zur Bearbeitung dieses Themas gaben, und Beschreibung einzelner für die Arbeit wesentlichen Punkte aus dem Krankheitsbild der Schuppenflechte, ihrer Ätiologie und Pathogenese, wurde ausführlicher auf die Problematik Psyche und Hautkrankheiten eingegangen und anschließend der Zusammenhang zwischen psychischen Faktoren und Psoriasis in der Literatur erörtert.

Der zweite Teil berichtet über die Anwendung der Maudsley-Persönlichkeitsfragebogen bei 50 Psoriatikern und 50 gesunden Testpersonen, die Untersuchung zur Klärung der Fragen, ob spezifische Persönlichkeitsstrukturen bei der Psoriasis eine bestimmte Rolle spielen, bei dieser Erkrankung seelisch belastende Konfliktsituationen nachzuweisen sind und schließlich Exacerbationen nach psychischen Traumen zu beobachten sind.

Der Test nach Maudsley zeigte, daß die Psoriatiker im größeren Umfang zu den Personen gehören, bei denen eine psychische Beeinflussung eines vegetativen Vorgangs möglich ist. Die Untersuchungen erlaubten hingegen nicht, spezifische Persönlichkeitsstrukturen bei Psoriatikern aufzustellen, ein vermehrtes Verfangensein in Konfliktsituationen bei Schuppenflechtenkranken oder häufige Exacerbationen nach psychischen Traumen zu bestätigen.

Somit wurde der Psoriasis kein Platz unter den psychosomatischen Dermatosen eingeräumt.

Herrn Privatdozenten Dr. G. Klingmüller möchte ich für die Überlassung des Themas und für seine stete Hilfsbereitschaft bei der Durchführung der Arbeit meinen herzlichsten Dank aussprechen.

Herrn Prof. Dr. H. Röckl bin ich für die Übernahme des Korreferats und die Möglichkeit, an seiner Klinik zu arbeiten zu großem Dank verpflichtet.

L i t e r a t u r v e r z e i c h n i s

- 1) Aguilera-Maruri, C.: Zbl. f. Haut- und Geschlechtskrankheiten 81, 335 (1958)
- 2) Becker u. Obermeyer: Modern Dermatology, Philadelphia 40
- 3) Bolgert, M. u. M. Soulé: Sem. Hôp. 31, 1261-1267 (1955)
- 4) - " - Sem. Hôp. 31, 1251-1261 (1955)
- 5) Bonmati, A.: Zbl. f. Haut- und Geschlechtskrankheiten 98, 148 (1957)
- 6) Borelli, S.: Münch. med. Wschr. 95/II, 1080 (1953)
- 7) - " - Münch. med. Wschr. 95/II, 1807 (1953)
- 8) - " - Med. Klinik II, 1806 (1954)
- 9) - " - Münch. med. Wschr. 97/II, 1140 (1955)
- 10) Borelli, S. u. V. Geerts: Münch. med. Wschr. 95/II, 1078 (1953)
- 11) Bory, L.: Bull. soc. franç. Derm. Syph. 62, 51-53 (1955)
Ref. Zbl. f. Haut- und Geschlechtskrankheiten 92, 322-323 (1956)
- 12) Brocq, L.: Dermatologie Pratique, Bd. II, S. 311, Paris 1907
- 13) Bunnemann: in: Handb. der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Bd. IV, Teil 2, S. 1358, Berlin 1933
- 14) Charpy, J.: Ref. in: Gottron-Schönfeld, Dermatologie und Venerologie, Bd. II, Teil 1, S. 488, Stuttgart 1958
- 15) Doswald, P. C. u. D. Kreibich: Mh. prakt. Derm. 43, 634 (1906)
- 16) Fabre, M.: Bull. soc. franç. Derm. Syph. 59, 182-183 (1952)
- 17) Gans, O.: Hautarzt 3, 193-198 (1952)
- 18) Gent, W.: Zschr. f. Haut- und Geschlechtskrankheiten 16, 37 (1954)
- 19) Gollnick: Siehe Bolgert und Bory !

- 20) De Gracianski, P.: Siehe Stern !
- 21) Graham, D. T.: in: Handb. der Haut- und Geschlechts-
krankheiten, Bd. III, Teil 1
(Ergänzungswerk), 849, Berlin 1963
- 22) Graham, D.T. u. S. Wolf: J. Amer. med. Ass. 143, 1396 (1950)
- 23) Griffith, J. Q.: Amer. J. Med. Sc. 183, 180-187(1932)
- 24) Grüneberg, T.: Ref. in: Gottron-Schönfeld, Dermato-
logie und Venerologie, Bd. II, Teil 1,
S. 484, Stuttgart 1958
- 25) Grütz, O.: Archiv f. Derm. 177, 246 (1938)
- 26) Hardy: Siehe Margarot !
- 27) Hueulz: Siehe Margarot !
- 28) Hoede, K.: Die Umwelt und Erbllichkeit bei der
Entstehung der Schuppenflechte,
Würzburg 1932
- 29) Huriez, C.: Bull. soc. franç. Derm. Syph. 64,
193-197 (1957)
- 30) Huriez, C., P. Agache u.
P. Dubois: Lille Medical, Bd. V, Teil 8, S. 672-
676 (1960)
- 31) Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie, 4. Aufl.,
S. 189
- 32) Jausion, H.: Siehe Fory !
- 33) Jordan, L.: Lehr-buch der Dermatologie, Münch. 61
- 34) Keining u. Braun-Falco: Dermatologie u. Venerologie, Münch. 62
- 35) Klingmüller, G.: Landarzt 1960
- 36) Kretschmer, E.: Zit. von Eorelli
Med. Klinik II, 1806 (1954)
- 37) Laignel-Lavastine u. Paugam: Ann. Med. Psychol. 97, 226-228 (1939)
- 38) Leloir: Siehe Margarot !
- 39) Marchionini, A. u. G.A. Rost: Wzbg. Abh. Med. 27 H 10 (1932)
- 40) Margarot, J.: in: La nouvelle pratique dermatolo-
gique, Bd. VII, S. 565-676, Paris 36
- 41) Mirsky, A.: Dis. nerv. Syst., Monograph Supple-
ment 61

- 42) Mysliwiec: Siehe Marchionini und Rost !
- 43) Nardelli, L.: Min. Derm. 31, 519-529 (1956)
- 44) Nicholsky: in: Handb. der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Bd. III, Teil 1, (Ergänzungswerk), S. 849, Berlin 1963
- 45) Reichardt, M.: Allgemeine und spezielle Psychiatrie, Jena 1923
- 46) Romano, S.: Dermatologia 6, 102-116 (1955)
- 47) Rothmann, S.: Psychosom. Med. 7, 90 (1945)
- 48) Sack, W. T.: in: Handb. der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Bd. IV, Teil 2, S. 1303, Berlin 1933
- 49) - " - a. a. O. S. 1315
- 50) - " - a. a. O. S. 1312
- 51) - " - a. a. O. S. 1302
- 52) Sabatini: in: Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Bd. III, Teil 1, (Ergänzungswerk), S. 849, Berlin 1963
- 53) Schaltenbrand, G.: Ref. Zbl. f. Haut- und Geschlechtskrankheiten 72, 253 (1943)
- 54) Scheller, M.: Siehe Gent !
- 55) Selye: Ref. in: Gottron-Schönfeld, Dermatologie und Venerologie, Bd. II, Teil 1, S. 484, Stuttgart 1958
- 56) Schulze, W.: Hautarzt 7, 49-55 (1956)
- 57) Stern, E.: Lebenskonflikte als Krankheitsursache, Zürich 1952
- 58) Sulzberger, M.: Hautarzt 5, 525 (1954)
- 59) Sych: Zbl. f. Haut- und Geschlechtskrankheiten 100, 4 (1958)
- 60) Szodoray, L. u. E. Sovary: Zbl. f. Haut- und Geschlechtskrankheiten 87, 56 (1954)
- 61) Vogel, F.: Zschr. f. Haut- und Geschlechtskrankheiten 16, 78 (1954)
- 62) Weber, G.: in: Riecke, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Stuttgart 62

- 63) Wiener, K.: Skin Diseases, St. Louis 1955
- 64) Wittkower, E. D.: Modern Trends in Dermatology,
London 1948
- 65) Wittkower, E.D. u. Lester: Acta Psychosomatica, Basel 1963
- 66) Wittkower, E.D. u. Russel: Emotional Factors in Skin Diseases,
New York 1953
- 67) Wolff, H.G., Wolf, S.G.
u. Hare, C. C.: Life Stress and Bodily Disease, Ass.
for Research in Nervous and Mental
Diseases, 29, (1950)

L e b e n s l a u f

Am 26. 6. 1934 wurde ich, Magdalena Gregori, geb. Schwartmann, als Tochter des Oberlokführers Josef Schwartmann und seiner Ehefrau Erna, geb. Locher, in Gelsenkirchen geboren. Von 1940 - 1947 besuchte ich die Volksschule in Gelsenkirchen, von 1947 - 1949 die Mittelschule in der gleichen Stadt. Von 1949 - 1956 war ich Schülerin des neusprachlichen Mädchengymnasiums in Gelsenkirchen.

Im Sommer-Semester 1956 begann ich das Studium der Medizin an der Universität Heidelberg. Im Jahre 1959 legte ich die ärztliche Vorprüfung und im Jahre 1962 das medizinische Staatsexamen an der Universität Würzburg ab.

Nach Ableistung meiner Medizinalassistentenzeit in der Würzburger Universitäts-Hautklinik und im Kreiskrankenhaus in Bad Neustadt/Saale war ich von November 1964 bis August 1965 als Assistenzärztin in der Würzburger Universitäts-Hautklinik tätig. Im September 1965 begann ich meine Facharztausbildung in der Anästhesieabteilung der chirurgischen Universitätsklinik in Würzburg.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und außer der angegebenen Literatur keine weiteren Hilfsquellen benutzt habe.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich bisher von keiner anderen Seite ein Dissertationsthema zur entgeltlichen Bearbeitung erhalten habe.

Magdalena Gregori

Böcker-DRUCK

Würzburg